

# Der CRAFFT 2.1+N Fragebögen

Vom Patienten auszufüllen

Bitte antworte ehrlich. Deine Antworten werden vertraulich behandelt.

## An wie vielen Tagen hast Du in den vergangenen 12 MONATEN...

- |    |  |                      |                 |
|----|--|----------------------|-----------------|
| 1. | Mehr als einige wenige Schlücke Bier, Wein oder andere <b>alkoholische</b> Getränke getrunken? Trag "0" ein falls keine.   | <input type="text"/> | Anzahl der Tage |
| 2. | Benutzt du <b>Marihuana</b> (z.B. Cannabis, Öl, Wachs, durch Rauchen, Dampfen, Betupfen oder in Esswaren) oder " <b>synthetisches Marihuana</b> " (z.B. "K2" oder "Spice")? Trag "0" ein falls keine.  | <input type="text"/> | Anzahl der Tage |
| 3. | Benutzt du irgendetwas <b>anderes, um high zu werden</b> (z.B. andere illegale Drogen, Pillen, rezeptfreie Medikamente und Dinge, die man einatmet oder "schnüffelt" oder dampfen oder injizieren oder dampft)? Trag "0" falls keine.  | <input type="text"/> | Anzahl der Tage |
| 4. | Verwenden Sie ein Dampfgerät*, das <b>Nikotin</b> und/oder Aromen enthält, oder verwenden Sie irgendwelche <b>Tabakprodukte</b> †? *Zum Beispiel E-Zigaretten, Mods, Pod-Geräte wie JUUL, Einweg-Dampfgeräte wie Puff Bar, Vape Pens oder E-Hookahs. †Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Hookahs, Kautabak, Schnupftabak, Snus, auflösbare Stoffe oder Nikotinbeutel. | <input type="text"/> | Anzahl der Tage |

- **LESEN SIE DIESE ANWEISUNGEN, BEVOR SIE FORTFAHREN:**
  - Wenn Sie bei **ALLEN** obigen Kästchen "0" angegeben haben, **BEANTWORTEN SIE FRAGE 5 UNTEN, STOPPEN SIE DANN.**
  - Wenn Sie bei den **Fragen 1, 2 oder 3** oben eine "1" oder mehr angegeben haben, **BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN 5-10 UNTEN.**
  - Wenn Sie bei **Frage 4** oben eine "1" oder mehr angegeben haben, **BEANTWORTEN SIE ALLE FRAGEN AUF DER RÜCKSEITE.**

## Kreisen Sie eine an

- |     |  |      |    |
|-----|--|------|----|
| 5.  | Bist Du jemals in einem AUTO gefahren, dessen Fahrerin oder Fahrer "high" oder berauscht war (dich selbst eingeschlossen) oder der Alkohol getrunken oder Drogen genommen hatte? | Nein | Ja |
| 6.  | Hast Du jemals Alkohol getrunken oder Drogen genommen, um Dich zu ENTSPANNEN, Dich besser zu fühlen, oder reinzupassen?  | Nein | Ja |
| 7.  | Hast Du jemals ALLEIN Alkohol getrunken oder Drogen genommen?  | Nein | Ja |
| 8.  | Hast Du schonam etwas VERGESSEN, als Du Alkohol getrunken oder Drogen genommen hast?   | Nein | Ja |
| 9.  | Haben Dir schonmal FAMILIENANGEHÖRIGE ODER FREUNDE gesagt, Du solltest weniger Alkohol trinken oder Drogen nehmen?   | Nein | Ja |
| 10. | Bist Du schonmal in SCHWIERIGKEITEN gekommen, als Du Alkohol getrunken oder Drogen genommen hast?  | Nein | Ja |

### NOTICE TO CLINIC STAFF AND MEDICAL RECORDS:

The information on this page is protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Gebrauch von **Vaping-Geräten, die Nikotin und/oder Aromastoffe enthalten**, oder den Gebrauch von **Tabakprodukten\***. Kreisen Sie Ihre Antwort für jede Frage ein...

**Kreisen Sie eine an**

<b>1.</b>	Haben Sie jemals versucht, mit dem Konsum AUFZUHÖREN, konnten es aber nicht?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>2.</b>	Dampfen Sie oder benutzen Sie JETZT Tabak, weil es wirklich schwer ist, damit aufzuhören?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>3.</b>	Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie SÜCHTIG nach Vaping- oder Tabakkonsum waren?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>4.</b>	SEHNEN Sie sich manchmal stark danach, zu dampfen oder Tabak zu verwenden?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>5.</b>	Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie unbedingt zu dampfen oder Tabak zu konsumieren BRAUCHTEN?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>6.</b>	Ist es schwer, sich vom Tabakkonsum oder vom Dampfen an ORTEN abzuhalten, an denen Sie das nicht tun sollten, wie z.B. in der Schule?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>7.</b>	Wenn Sie eine Zeit lang NICHT gedampft oder Tabak konsumiert haben (oder wenn Sie versucht haben, mit dem Konsum aufzuhören) ...		
<b>a.</b>	fiel es Ihnen schwer, sich zu KONZENTRIEREN, weil Sie nicht dampfen oder Tabak konsumieren konnten?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>b.</b>	fühlten Sie sich leichter REIZBAR, weil Sie nicht dampfen oder Tabak konsumieren konnten?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>c.</b>	hatten Sie ein starkes BEDÜRFNIS oder den Drang, zu dampfen oder Tabak zu konsumieren?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>d.</b>	fühlten Sie sich NERVÖS, unruhig oder besorgt, weil Sie nicht dampfen oder Tabak konsumieren konnten?	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>

*\*Referenzen*

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230;

McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

**NOTICE TO CLINIC STAFF AND MEDICAL RECORDS:**

The information on this page is protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020.

Reproduced with permission from the Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.

crafft@childrens.harvard.edu www.crafft.org

For more information and versions in other languages, see www.crafft.org.